Secundaire traumatisering: preventie van een beroepsziekte

Angeline Donk

Abstract Hulpverleners die langdurig of intensief contact hebben met ernstig getraumatiseerde mensen, kunnen last krijgen van negatieve effecten van dit werk. Deze gevolgen komen tot uiting in allerlei klachten. Ze kunnen dermate ernstige vormen aannemen dat het verrichten van arbeid erdoor bemoeilijkt wordt. Ook buiten het werk manifesteren zich de gevolgen. Bij nadere beschouwing lijken deze klachten op de symptomen van een posttraumatische stress-stoornis (ptss), waarin de gevolgen van overweldiging door het trauma en het vermijden of verdoven ervan centraal staan. Wanneer het om een hulpverlener gaat die door middel van de behandelde patiënten of cliënten getuige is van trauma's wordt dit verschijnsel secundaire traumatisering of compassiemoeheid genoemd.

Secundaire traumatisering is het gevolg van langdurige blootstelling aan stress door confrontatie met getraumatiseerde personen¹. Door dit soort werk is de hulpverlener als het ware getuige van het lijden ten gevolge van traumatische ervaringen. Naast tekenen van een chronisch stress-syndroom (lichamelijke klachten, verhoogd spanningsniveau, concentratie- en geheugenproblemen) treden ook symptomen op die doen denken aan een ptss, zoals intrusieve 'gedachten', 'herinneringen' en nachtmerries die lijken op die van de cliënt. Andere verschijnselen van secundaire traumatisering zijn:

1. angst voor geweld en het daardoor vermijden van situaties waarin geweld een rol kan spelen (film, televisie, literatuur, openbare gelegenheden);
2. verlies van geloof en hoop, een versomberd wereldbeeld en veranderde psychologische behoeften;
3. verminderde herstelmogelijkheden, uitputting, projectie van het ervaren ongenoegen op externe omstandigheden (zoals de organisatie waarvoor men werkt), cynisme en afstandelijkheid.

Bij overbelasting door traumatische stress zal het professionele functioneren van hulpverleners afnemen. Het contact met cliënten/patiënten komt onder druk te staan, evenals de samenwerking met collega's. Als signalen kunnen we beschouwen:

1. de arbeidsprestatie neemt af in kwaliteit en/of kwantiteit;
2. de hulpverlener is uitgeput, raakt snel geïrriteerd, maakt meer fouten;
3. moeilijke taken worden vermeden;
4. weerzin tegen bepaalde problematiek;
5. de arbeidsmoraal verslechtert: een gevoel van falen, verlies van interesse, onvrede, vervreemding en een cynische attitude zijn het gevolg;
6. de hulpverlener trekt zich terug en vermijdt overleg;
7. de communicatie met collega's verslechtert en conflicten kunnen het gevolg zijn;
8. de absentie neemt toe.

De symptomen en signalen van secundaire traumatisering zijn (voor een buitenstaander) doorgaans het eerst op teamniveau waar te nemen. Veel organisaties die hulp bieden aan getraumatiseerde personen hebben een lange

Angeline Donk (✉)

Drs. A.J. Donk, psycholoog/psychotherapeut, werkzaam in eigen praktijk en organisatie-adviesbureau. Adres: Keizersgracht 37, 1015 CD Amsterdam (a.donk@inter.nl.net)

¹ Donk AJ & De Ridder K (2000) Ziek van het helpen. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 55: 905-918

historie van conflicten, in teams, tussen teams onderling, tussen leidinggevend en het team of tussen de diverse lijnfuncties².

Secundaire traumatisering is een beroepsziekte. Bij werkgerelateerde stoornissen denken we tegenwoordig meteen aan de diagnose burn-out. Hoewel secundaire traumatisering en burn-out veel overeenkomsten vertonen, is het in het kader van preventie en behandeling belangrijk deze van elkaar te onderscheiden. Burn-out is een sluipend proces van emotionele uitputting, een gevoel van vervreemding en twijfel aan de eigen geschiktheid als hulp- of dienstverlener. Langdurige blootstelling aan werkgerelateerde stress mondt uit in een gevoel van vervreemding en cynisme, en beroepsmatig falen. Niet zozeer de inhoud van het werk als wel de werkomstandigheden en de wijze waarop iemand met de werkgerelateerde stress omgaat, vergroten de kans op burn-out. De gevolgen van de chronische stress staan centraal, zowel in het klachtenbeeld als in de behandeling. Een langdurige rustperiode, weg van de werkplek, verbetering van de arbeidsomstandigheden en training in stresshantering doen de klachten van burn-out doorgaans verdwijnen³.

Kader 1 Beroepsziekten van hulpverleners Voorbeeld van secundaire traumatisering

Een maatschappelijk werkster, Connie, werkt in een opvangvoorziening voor volwassenen en kinderen in een grote stad. Zij begeleidt hier al jaren gezinnen. Na een scheiding besluit Connie een opleiding te volgen die haar nieuwe inspiratie moet geven. Het wordt een intensieve cursus gezinstherapie. In het werk heeft zij hiermee direct succes en collega's verwijzen steeds zwaardere zaken naar haar door. In haar eentje behandelt ze talloze *multiproblem*-families. Connie neemt de problemen steeds vaker mee naar huis, ze voelt zich angstig en gespannen en durft ten slotte de dagelijkse metrorit van huis naar het werk niet meer aan. Haar medereizigers doen haar denken aan de getraumatiseerde (en traumatiserende) gezinnen en *triggeren* heftige hyperventilatieaanvallen. Ze ziet en vreest overal geweld: ze vermijdt het openbare leven, krant en televisie. Ze trekt zich terug en raakt geïsoleerd. Hier is sprake van secundaire traumatisering.

Voorbeeld van burn-out

Een andere maatschappelijk werkster, Eva, werkt reeds jaren naar ieders tevredenheid op een klein bureau in een achterstandsbuurt van een grote stad. Het bureau moet fuseren met een andere instelling en de relatieve zelfstandigheid van de werkers wordt ingeperkt. Voor Eva betekent dit dat zij meer verantwoording moet afleggen over haar werkzaamheden, haar *caseload* verzaamd wordt en zij in een ander team moet gaan werken. Er heerst veel onvrede bij de werkers, maar Eva zet zich naar beste vermogen in. Twee jaar later overlijdt haar vader. Naast het verdriet over dit persoonlijke verlies komt alle rouw over haar verloren werkplek en haar onvrede hiermee boven. Na de gebruikelijke rouwperiode kan ze zich er niet toe zetten naar het werk te gaan. De gedachte alleen al maakt haar ziek. Ze is nerveus, prikkelbaar en reageert zeer emotioneel op alles wat met werk te maken heeft. De verzekeringsgeneeskundige stelt de diagnose burn-out. Er wordt een herstelplan opgesteld: een periode van rust en stabiliteit; een verbod op alle 'moeten' en verder aanmoediging van inspirerende bezigheden. Bij voldoende herstel wordt er een gesprek gearrangeerd met de leidinggevende ter bespreking van de knelpunten op het werk. Wanneer hierover overeenstemming is bereikt, wordt een terugkeertraject ingezet.

'Zuivere' vormen van secundaire traumatisering en burn-out komen in de praktijk wel voor. Gezien de gebrekkige werkcondities bij veel instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, is de kans echter groot dat zich bij een zieke hulpverlener zowel de invloed van de inhoud van het werk als die van onvoldoende beschermende arbeidsomstandigheden doen gelden. Uit onderzoek blijkt dat met name bepaalde aspecten van de aard en organisatie van het werk de kans op secundaire traumatisering kunnen vergroten of verkleinen. We komen hierop in de paragraaf 'preventieve maatregelen' uitvoeriger terug.

Kans op secundaire traumatisering

Zowel voor individuele hulpverleners als voor het management van organisaties is het van belang in een vroeg stadium de kans op secundaire traumatisering te bepalen, teneinde bijtijds de juiste preventieve maatregelen te kunnen treffen.

Doelgroep. Patiënt/cliënt-variabelen zoals leeftijd (hoe jonger hoe kwetsbaarder), mate van kwetsbaarheid (bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapt), herkenbaarheid

² Lansen J (1999) Secundaire traumatisering bij de individuele hulpverlener en in het team. In Aarts PHG & Visser WD (red) *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

³ Zie Hoogduin CAL (red) (1996) *Behandelingsstrategieën bij burn-out*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

voor de hulpverlener (bijvoorbeeld slachtoffers van huiselijk geweld) beïnvloeden de mate van impact.

Aard van de stressor. Het ‘getuige’ zijn van bewust toegebracht letsel heeft de grootste ontregelende effecten. Met name wanneer dit geweld met voorbedachte rade gepleegd is. Hulpverleners die vanwege de aard en doelgroep van hun werk dagelijks te maken krijgen met slachtoffers (of daders) van geweld, lopen een verhoogd risico. Wanneer het slachtoffer daarbij doodsdreiging en doodsangst ervaren heeft en hiervan getuigt, en/of er sprake is van (fysieke of psychische) verminking, wordt de impact op de hulpverlener nog groter en daarmee het risico van secundaire traumatisering.

Hulpverleners die dagelijks te maken krijgen met slachtoffers (of daders) van geweld, lopen een verhoogd risico op secundaire traumatisering.

Therapeutvariabelen. Als coping-strategie in reactie op schokkende gebeurtenissen kunnen hulpverleners ofwel reageren met betrokkenheid (dadendrang, ervoor willen gaan, zich identificeren met het slachtoffer), ofwel afstand houden (relativeren, analyseren en diagnosticeren, bagatelliseren, of zelfs het slachtoffer beschuldigen)⁴. Bij extreme traumatische stress dreigen de betrokkenen zichzelf uit te putten door te veel te willen doen. Het gevaar voor secundaire traumatisering is groot. De afstandnemers neigen tot extremere vormen van afstand. Twijfel aan de integriteit van het slachtoffer, ontkenning en cynisme kunnen het gevolg zijn. De patiënt (en dikwijls ook betrokken teamgenoten) zijn hiervan de dupe. De indruk bestaat dat vrouwen een verhoogde kans lopen secundair getraumatiseerd te raken. Mogelijk is dit gekoppeld aan hun *coping*-strategie: vrouwen reageren vaker met identificatie en projectie, terwijl mannen vaker relateren en rationaliseren. Een andere mogelijke verklaring is de socialisatie van vrouwen in de richting van zorg en begrip.

Aard en organisatie van het werk. Allerlei factoren vergroten het risico: te weinig resultaat zien van het werk; wel oplossingen zien maar deze niet kunnen realiseren (door bureaucratie of tegenwerking); werken onder dreiging van geweld; gebrek aan erkenning; geen mogelijkheden van ‘ontsnapping’ (langere vakantie of afwisselende taken); een kwalitatief en kwantitatief te zware caseload. Deelname aan begeleide intervisie waarin ruimte is voor de belevingskant van de hulpverlener, goede supervisie en consultatie mogelijkheden kunnen het gevaar helpen voorkomen.

Preventieve maatregelen voor hulpverlener en organisatie

Maatregelen om secundaire traumatisering te voorkomen hebben betrekking op de hulpverlener (persoonlijk en professioneel) en de organisatie⁵.

Op persoonlijk niveau is de hulpverlener verantwoordelijk voor de zorg en het onderhoud van zijn/haar belangrijkste instrument: zichzelf. Goede zelfzorg op fysiek, emotioneel en spiritueel vlak is essentieel. Inzicht in de eigen belevingswereld, in blinde vlekken en valkuilen is niet voor alle hulpverleners zo vanzelfsprekend als het lijkt. Veel hulpverleners ervaren het (zowel van zichzelf als van collega's) als een zwakte de grens van het professionele vermogen aan te geven. *Coping*-mechanismen als ‘ik kan er wél tegen’, of ‘ik doe er wel een schepje bovenop’ houden hulpverleners blind voor de ondergrondse, negatieve invloed van trauma's. Grenzen durven aangeven, hulp vragen en aanvaarden, en op tijd delegeren zijn belangrijke vaardigheden. Overzicht houden, hiervoor tijd inruimen, pauzes nemen, regelmatig even weg van het werk, beschermen tegen de zuigkracht van het werk, waarin geen enkele inspanning ooit genoeg is om het lijden te verzachten.

Veel hulpverleners ervaren het als een zwakte de grens van het professionele vermogen aan te geven.

Op professioneel niveau is de hulpverlener verantwoordelijk voor het op peil houden van de eigen professionaliteit door regelmatig contact met vakgenoten, binnen en buiten de instelling, en door bijscholing. Om zicht te krijgen op de eigen *coping*-mechanismen en tegenoverdrachtsreacties moet men bereid zijn hierover in (veilig) intervisieverband ervaringen uit te wisselen. Regelmatig contact met een supervisor is noodzakelijk en niet alleen als er iets mis loopt. De taak en de verantwoordelijkheid die men hiervoor draagt, dienen helder en welomschreven te zijn. De organisatie is hiervoor verantwoordelijk, maar de hulpverlener ook. Men moet oog hebben voor misplaatst heldendom door de eigen taak te overschrijden en er allerlei extra werk bij te nemen terwijl dit eigenlijk niet kan. Als lid van een team is men ook verantwoordelijk voor de samenwerking: collegiale zorg, overleg, feedback naar elkaar en terugkoppeling naar de beleidsverantwoordelijke zijn hierbij van belang.

Organisatorisch niveau: bepaalde aspecten van aard en organisatie van het werk zijn van belang ter preventie van secundaire traumatisering. De organisatie is verantwoordelijk voor een veilig en helder kader waarbinnen de

⁴ Wilson JP & Lindy JD (1994) *Counter-transference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press

⁵ Yassen J (1995) Preventing secondary traumatic stress disorder. In Figley CR (red) *Compassion fatigue*. New York: Brunner Mazel

hulpverleners hun verantwoordelijkheden vorm kunnen geven:

1. duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden, heldere beleidslijnen;
2. heldere grenzen van de zorg;
3. nauwe samenwerking tussen team en leidinggevende;
4. fysieke en emotionele veiligheid: alarmsysteem; melding van agressieve en stressverwekkende incidenten; protocollen: wat te doen bij agressieve incidenten; opvang door leidinggevende: onmiddellijk en na langere tijd;
5. stimuleren van een permissieve attitude ten aanzien van menselijke kwetsbaarheid;
6. begrenzing in tijd en kwantiteit van hoogrisicotaken: niet langer dan een bepaald aantal jaren op 'frontlinie'-positie; toezicht op grootte van caseload wat betreft hoogrisico patiënten;
7. regelingen zoals sabbatical leave: het voor medewerkers mogelijk maken eens in de zoveel tijd gedurende een langere periode weg te zijn van het werk;
8. het mogelijk maken van kleinere arbeidscontracten voor hoog-risicotaken of combinaties maken van verschillende taken: bijvoorbeeld directe cliëntcontacten combineren met taak in onderwijs; onderzoek; beleidstaken;
9. deelname aan intervisie (bij voorkeur door extern deskundige begeleid); supervisiemogelijkheden (door onafhankelijk supervisor); snel beschikbare consultatiemogelijkheden (per telefoon, e-mail); deskundigheidsbevordering.

Kader 2 Voorbeeld van interventiemogelijkheden

Organisatie: instelling voor maatschappelijke opvang met diverse afdelingen voor intake; crisis-opvang; langere-termijnopvang, telefonische hulpverlening en centraal meldpunt.

Team: verantwoordelijk voor meldpunt, intake en telefonische opvang.

Hulpvraag aan extern deskundige: disfunctioneren van team en verstoorde verhouding tot management.

Symptomen: gedomoraliseerd team gekenmerkt door cynisme; sterk externaliserende attitude ten opzichte van de buitenwereld; verminderde kwaliteit van output; verslechterde samenwerking; conflicten met diverse vroegere leidinggevendens; oververmoeidheid en andere stressklachten.

Analyse na onderzoek: secundair getraumatiseerd team door hoog-risicowerkzaamheden (extreme trauma's; weinig resultaat zien; verzamelt van hopeloze zaken; hoge werkdruk; geen ontsnappingsmogelijkheden door bereikbaarheidsdiensten), en gebrek aan *holding* door slechtlopende organisatie.

Interventies

Op teamniveau: intensieve teamtraining/supervisie rond thema's als:

1. *Invloed trauma's:* korte- en langetermijneffecten voor de hulpverlener, invloed op team en organisatie, preventie;
2. *Zelfbeschermende vaardigheden:* tijd- en stressmanagement; visualisatietechnieken; omgaan met machteloosheid;
3. *Empowerment:* deëscalerende technieken, strategisch denken, feedback-mechanismen, conflictantering, vergadertechnieken;
4. *Bewustwording en attitude:* inzicht in eigen *coping*-strategieën, stilstaan bij eigen (traumaspecifieke) tegenoverdrachtsreacties, invloed van trauma's op de samenwerking en interactiepatronen in team.

Op managementniveau:

1. Kennisvermeerdering invloed van trauma's: korte- en langetermijneffecten op individuele hulpverleners, op cliëntenzorg, op samenwerking in teams en organisatie als geheel, risicoverminderende interventies;
2. Vaardigheden: opvang van medewerkers na agressieve of stressverwekkende incidenten, deëscalatietechnieken;
3. Bewustwording: herkennen van symptomen van secundaire traumatisering op team- en instellingsniveau, bewustwording van eigen *coping*-stijl bij machteloosmakende situaties.

Conclusie

In organisaties die werken met psychisch ernstig beschadigde mensen is traumatische stress niet te voorkomen. De gevolgen komen tot uiting in symptomen van individuele hulpverleners en in problemen op team- en organisatie-niveau. Het hanteren van deze traumatische stress is een gedeelde verantwoordelijkheid van management én werkers op de werkvloer. Het afschuiven van het probleem als 'ziekte' van de individuele werknemer, wat veel managers en verzekeringsgeneeskundigen doen, is onterecht en leidt tot verergering van het probleem. Aan de andere kant is het aanklagen van het management als veroorzaker van alle klachten, wat onder veel hulpverleners in organisaties met verhoogd risico voorkomt, ook onterecht. Goed management verkleint de kans op secundaire traumatisering, terwijl het externaliseren van de zorgverantwoordelijkheid een symptoom kan zijn van secundaire traumatisering.